

**SOLICITUD PARA REEMPLAZO DE BENEFICIOS DE FOOSHARE
REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE BENEFITS**

INSTRUCCIONES: Si usted es un miembro actual de FoodShare y los alimentos que compró con los beneficios de FoodShare fueron destruidos debido a una desgracia familiar o un desastre natural, complete este formulario y envíelo junto con una prueba* de que sus alimentos fueron destruidos, utilizando una de las siguientes opciones:

Nota: El formulario completo y la prueba tienen que presentarse dentro de los 10 días posteriores a la pérdida.

 **En línea**

Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov.

 **Correo**

Si vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario a:
MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

 **Fax**

- Si vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax a 855-293-1822.

 **En Persona**

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

Nombre – Miembro (Apellido, nombre , inicial)

Número de caso

Describa cómo se destruyó su comida (por ejemplo, inundaciones, cortes de energía, incendios):

Valor estimado de los alimentos destruidos
\$

Fecha en que la comida fue destruida (esto puede ser diferente a la fecha de la desgracia familiar o el desastre natural que destruyó la comida. Por ejemplo, si se fue la luz, la comida probablemente se destruyó o echó a perder al día siguiente. Un incendio o una inundación pueden haber destruido la comida el mismo día.)

Entiendo las preguntas y declaraciones en este formulario. Entiendo las penalidades por dar información falsa o romper las reglas. Certifico, bajo pena de perjurio y juramento falso, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto proporcionar documentos para probar lo que he dicho. Entiendo que la agencia local puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma

*Los documentos de prueba aceptables pueden incluir información provista por el departamento de bomberos, la policía, una organización comunitaria u otras fuentes de ayuda. **Es posible** que no se necesite comprobante de los alimentos destruidos cuando se ha declarado un estado de emergencia.

Audiencias imparciales: Entiendo que tengo derecho a presentar una solicitud de audiencia imparcial para apelar cualquier acción tomada con respecto a mi solicitud o a los beneficios en curso si no estoy de acuerdo con esa acción. Entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial escribiendo a: **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875 o llamando al 608-266-7709.** También puedo comunicarme con la oficina de la agencia donde solicité y solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. Entiendo que puedo consultar el Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth (ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook - P-00079) para obtener más información.

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

No envíe solicitudes por este medio.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock
Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes por este medio.